

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930 - 1931 — N° 159

LES OSTÉOMES DU TENDON D'ACHILLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 15 Juin 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Bernard CHEVALIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 31 Octobre 1904, à Entrains (Nièvre)



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46
LYON

1931

LES OSTÉOMES
DU TENDON D'ACHILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930 - 1931 - N° 159

LES OSTÉOMES DU TENDON D'ACHILLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 15 Juin 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Bernard CHEVALIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 31 Octobre 1904, à Entrains (Nièvre)



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46
LYON

1931

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique.	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	X.
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutiques générales	VALLAS
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAYRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (J.)	MARTIN (J.)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (A.)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU Ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE :

MM. PATEL, Président ; THEVENOT Léon, Assesseur

MM. ROCHET et POLLOSSON, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

Après avoir été notre premier maître au cours de nos études, il nous a inspiré cette thèse et fait l'honneur de présider à sa soutenance.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAITRES DES HÔPITAUX :

MONSIEUR LE DOCTEUR DELORE ;

— PROFESSEUR ROLLET ;

— PROFESSEUR P. COURMONT ;

— PROFESSEUR ROCHET ;

— DOCTEUR L. THEVENOT ;

— DOCTEUR DUMAS ;

— PROFESSEUR LANNOIS ;

— DOCTEUR CHALIER ;

— PROFESSEUR CADE.

Introduction

La formation et le développement de productions osseuses au sein des tissus musculaire et tendineux ont été souvent observés et décrits.

Dans certains cas l'étiologie incertaine a pu faire penser à une origine trophique ou infectieuse, mais le plus souvent l'origine traumatique est évidente. C'est ainsi que l'ostéome du brachial antérieur, classique, succède à une fracture de l'humérus, ou à une luxation du coude, accompagnée vraisemblablement de fracture parcellaire ; et les lésions musculaires concomitantes sont pour une grande part dans le processus de sa formation.

Or, si les ostéomes du tendon d'Achille sont bien également *d'origine traumatique*, celle-ci est d'une nature particulière.

Ils apparaissent indépendamment de toute fracture. On ne retrouve dans les antécédents ni luxation ni lésion osseuse voisine apparente. Le traumatisme, fait de lésions minimales mais répétées, passe inaperçu jusqu'au jour où la formation osseuse, *qui paraît s'être développée spontanément*, commence à déformer le cou-de-pied et à entraver la marche.

D'autre part l'ostéome se développe au milieu de *tissus absolument sains*, ne présentant pas ces lésions hémorragiques ou œdémateuses qui sont à la base de la formation des ostéomes généralement étudiés. Dans ces cas, d'ailleurs la production osseuse est située au sein même du tissu, aux dépens du tissu conjonctif interstitiel auquel elle succède comme par substitution. Ce n'est pas le cas des ostéomes du tendon d'Achille qui sont, plus exactement *juxta-tendineux* en dépit de leur adhérence au tendon. Celui-ci subsiste dans son intégrité après l'ablation de la formation osseuse. Il serait donc tout à fait inexact de parler ici d'une ossification du tendon telle qu'elle a pu être observée pour les tendons des adducteurs, du triiceps, etc... Nous rapportons ici, dans le but d'être complet une semblable observation, originale, d'ossification du tendon d'Achille, mais elle ne rentre pas, à proprement parler, dans le cadre de cette étude.

Les ostéomes du tendon d'Achille doivent donc leur originalité à leur *étiologie* et leur *pathogénie spéciales*. D'autre part à leur *rareté*. Nous présentons ici deux observations : la première, de Monsieur le Professeur Patel, a été présentée le 15 janvier 1931 à la Société de Chirurgie de Lyon, la seconde, de Monsieur le Professeur Bérard a été citée dans la discussion qui a suivi cette présentation. Nous n'en avons pas retrouvé d'autres dans la littérature.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie et Pathogénie

Nous avons indiqué à l'origine de l'affection un traumatisme d'une nature particulière. Les lésions minimes et répétées qui le constituent sont le fait de la chaussure. Cette notion, que la situation de l'ostéome permettait de prévoir, ressort nettement de l'examen des antécédents, l'affection apparaissant, en dehors de toute autre cause, dans la période qui a suivi immédiatement le port de *chaussures traumatisantes*. Le rôle de celles-ci est d'ailleurs si clair que la malade le leur attribue elle-même dans l'origine des troubles apparus par la suite.

Mais si le rôle de la chaussure ne fait pas de doute, le processus du traumatisme qu'elle détermine, n'est pas le même dans tous le cas. Il peut être direct ou indirect.

La lésion est directe quand la chaussure est un brodequin lourd, de cuir résistant, et dont l'empaigne,

mal faite, blesse la partie supérieure du talon. La gêne qui en résulte s'accroît et, au bout de quelques semaines, l'abandon de ces chaussures ou leur modification, ne la font plus disparaître.

Il s'agit en général d'une femme et il paraît nécessaire, pour que la lésion se constitue, que la malade soit une sportive, qu'elle s'adonne à des exercices plus ou moins violents, tels que course ou saut, tout au moins à des marches prolongées. Dans ces conditions il paraît difficile d'établir la part exacte de l'effort musculaire et du soulier dans la responsabilité de l'affection. La dernière, cependant n'est pas douteuse étant données la période d'apparition des troubles et leur localisation unilatérale du côté blessé.

La formation osseuse est la conséquence de l'*irritation périostée* du calcanéum au niveau de l'insertion du tendon d'Achille. Irritation favorisée par les efforts du tendon et s'accompagnant vraisemblablement de *petits décollements du périoste*. Celui-ci prolifère et constitue, peu à peu, une épine osseuse qui se développe le long du tendon.

La cause irritative est ici évidente et la néoformation qui en résulte, quoique rarement observée, n'est qu'un exemple particulier d'une règle générale de pathologie osseuse.

Bien spécial, au contraire, apparaît le cas (Observation I) de cette jeune fille chez qui un ostéome est apparu, des deux côtés, sans cause traumatique apparente. La malade n'est pas sportive, elle n'a pas été blessée par ses chaussures. Celles-ci sont pourtant bien les responsables, mais *indirectement*. Elles le sont

simplement parce que munies de *talons hauts*. Les troubles ont suivi de près l'époque où la malade a commencé à porter pour la première fois ces chaussures à talons hauts et si la relation ne lui a pas paru évidente, la coïncidence ne lui a pas échappé.

Depuis que la mode a uniformément répandu le port des hauts talons chez les femmes, de nombreuses études ont paru sur les désordres pathologiques qui en sont la conséquence. En particulier une communication faite à l'Académie de médecine il y a quelques années constitue un véritable réquisitoire. Si l'argument nouveau que nous apportons n'y est pas signalé c'est qu'il est d'observation tout à fait exceptionnelle.

La plupart des troubles provoqués par l'usage des talons hauts sont dus à la modification de l'effort musculaire destiné à maintenir le corps vertical dans la station debout, alors que l'appui du pied sur un plan incliné tend à le projeter en avant. C'est ainsi que les muscles jumeaux et soléaire doivent se contracter, non pour élever le talon comme dans la marche, mais prenant leur point d'appui sur celui-ci, pour attirer en arrière la partie supérieure de la jambe. Cet effort exagéré, que la marche accentue encore, entraîne une *traction anormale du tendon d'Achille* au point de son insertion, des tiraillements qui entraînent de petits *arrachements de périoste*. Celui-ci, une fois détaché, prolifère, réalisant une greffe osseuse sur le tissu tendineux. Chaque particule périostique détachée ainsi est minime, la lésion passe inaperçue, mais la cause subsistant le processus se renouvelle. La formation osseuse est ainsi entretenue, elle augmente de volu-

me, et, attirée par le tendon auquel elle est fortement fixée, elle tend à s'élever le long de celui-ci. Comme elle est adhérente au calcanéum, elle affecte une forme allongée dans le sens de la hauteur.

Nous avons dit plus haut l'extrême rareté de l'affection. On peut en être surpris étant donné l'usage généralisé des hauts talons. On conçoit que les conséquences pathologiques n'apparaissent que si une cause favorisante entre en jeu. Celle-ci est réalisée par le *jeune âge de la malade*. Il faut un *os jeune et fragile* pour qu'il puisse être lésé par les tractions du tendon. D'autre part c'est un périoste en pleine activité de développement qui prolifère, ce qui favorise la constitution de l'ostéome.

Seule donc la toute jeune fille souffrira de se sacrifier trop tôt aux exigences de la mode. Elles ne sont pas encore impérieuses pour elle. L'usage est encore de lui laisser les talons plats. Cependant on peut observer la tendance à les élever et l'on peut prévoir qu'avec cet usage l'affection qui nous occupe se répandra en proportion.

Ce sera une de ces maladies qui apparaissent et disparaissent avec une mode particulière. On peut la rapprocher en cela de l'ostéome des cavaliers dont les cas se raréfient parce qu'il y a moins de cavaliers et qu'on verra disparaître quand le dernier aura été motorisé.

A partir de quel âge le port des talons hauts peut-il être considéré comme inoffensif du point de vue qui nous occupe ? Une observation unique ne permet pas de fixer ce point avec précision. Cependant on peut

noter que les jeunes filles sont couramment chaussées de la sorte vers 18 ans, sans en souffrir. Notre malade l'avait été à 15 ans et demi. On peut donc admettre cet âge de 18 ans comme date ultime de possibilité d'ostéome des talons hauts.

CHAPITRE II

Symptômes et Evolution

Le début de l'affection est insidieux, sa marche progressive. Le début passe inaperçu. Ce n'est que lorsque l'ostéome est constitué que la malade ressent une gêne au-dessus du talon. Elle découvre à ce niveau une petite déformation à laquelle elle n'attacherait pas d'importance s'il n'en résultait une gêne provoquée par la chaussure. Cette déformation s'accroît régulièrement et peu à peu la marche devient pénible. Les mouvements d'élévation du pied déterminent une douleur au niveau du tendon d'Achille. Ces mouvements deviennent finalement impossibles, la malade ne peut plus alors poser le talon sur le sol et elle doit marcher sur la pointe des pieds. La marche ainsi entravée ne tarde pas à être définitivement arrêtée. Aucune chaussure n'est plus supportée et l'impotence est telle qu'elle conduit au port de béquilles.

L'examen permet tout d'abord de constater la *position vicieuse du pied*. Celui-ci est en extension forcée, le tarse et le métatarse étant dans le prolongement de l'axe de la jambe. Cet équinisme fait saillir l'astragale et les métatarsiens sur la face dorsale. Les orteils sont en extension et représentent le seul point d'appui du corps sur le sol.

La flexion du pied sur la jambe est impossible et les mouvements passifs qui tendent à la réaliser provoquent une vive douleur à l'insertion du tendon d'Achille.

A ce niveau on constate une *déformation* marquée. Une masse globuleuse fait, au-dessus du talon une saillie irrégulière. La peau qui la recouvre a pu être plus ou moins excoriée mais on ne trouve aucun signe d'inflammation. On palpe une masse dure qui a la consistance de l'os, bosselée, irrégulière. Elle est située immédiatement au-dessous des plans superficiels, mobiles, en position médiane au-dessus de la face postérieure du calcanéum, prolongeant l'apophyse postérieure de cet os en avant du tendon. La masse osseuse est allongée suivant l'axe de ce tendon et *adhère complètement à celui-ci*. Comme elle *fait corps* également avec le *calcanéum* elle solidarise l'extrémité du tendon d'Achille avec l'os sur une hauteur de 3 ou 4 centimètres.

La palpation de cette masse n'est pas douloureuse.

La *radiographie* permet d'apprécier la déformation du pied, la projection de l'astragale en avant.

Mais, par contre, on n'y découvre *pas de trace de la production osseuse*, les contours du calcanéum sont

nets et la région du tendon d'Achille apparaît comme absolument normale. Ce résultat négatif s'explique par la *formation récente de l'os* qui, en core jeune, est perméable aux rayons X.

La lésion est *bilatérale* et identique des deux côtés. On peut seulement noter une légère différence dans le volume respectif des deux ostéomes et dans la déformation des pieds.

En l'absence de tout traitement il n'y a pas d'espoir de voir la lésion régresser. Les signes s'accroîtront au contraire, ou, tout au plus, se stabiliseront. La déformation du pied deviendra définitive et l'infirmité permanente.

Tel est le tableau clinique de l'ostéome des talons hauts chez la jeune fille.

La symptomatologie est assez différente dans les cas de lésion directe par la chaussure que nous rapportons. Mais il semble bien que cette étiologie ne soit pas la cause principale de cette discordance. On ne peut guère lui attribuer en propre que l'unilatéralité de la lésion. Encore que ce caractère ne soit pas absolu. On peut bien concevoir, en effet, que le même traumatisme soit réalisé des deux côtés.

En réalité l'allure clinique particulière à chaque cas est *fonction de l'âge*.

Chez les sujets jeunes, à périoste très actif l'ostéome se développe rapidement (6 *mois* dans notre Observation I) et donne les signes très accusés que nous venons de décrire. Le processus est, au contraire, plus lent, et les signes qu'il conditionne, atténués, quand la malade est plus âgée. Aussi, dans ces cas, au mo-

ment de l'examen on trouve une formation osseuse assez ancienne pour être révélée par la Radiographie.

C'est ainsi que dans notre Observation II (femme de 38 ans) l'ostéome a demandé 2 *ans* pour se constituer. Les troubles qu'il détermine se réduisant à une gêne, assez marquée, d'ailleurs, pour entraver la marche. Mais celle-ci est toujours restée possible. Le pied est en position normale. Les mouvements actifs sont à peu près conservés et les mouvements passifs non douloureux. Néanmoins la quasi impossibilité de se chausser amène la malade à réclamer une intervention. *La radiographie montre nettement ici la présence de la production osseuse, sa situation et ses contours.*

Si *l'âge seul* semble donc bien conditionner les symptômes il n'en résulte pas moins que l'ostéome des talons hauts se présentera toujours sous la forme typique des *sujets jeunes puisque ceux-là seuls en sont atteints*. Par contre, les ostéomes par lésion directe pouvant apparaître à tout âge, celui-ci déterminera pour chacun d'eux une forme intermédiaire aux cas limite que nous avons étudiés.

CHAPITRE III

Diagnostic

Le diagnostic de formation osseuse s'impose par l'ensemble des signes physiques, même dans les cas de radiographie négative. Le diagnostic étiologique s'imposera par les antécédents.

Le diagnostic différentiel devra *éliminer les cas d'ossification* du tendon, caractérisés par l'âge du malade (78 ans dans notre Observation) et par l'absence à peu près complète de troubles fonctionnels. Le malade est vu à l'occasion d'une autre affection du pied et on découvre l'ossification du tendon que la radiographie confirme. La marche est normale et l'indolence complète. Cette latence paraît tenir au fait que la production osseuse est indépendante du calcanéum. Le jeu du tendon n'est donc pas entravé au niveau de son insertion comme dans les ostéomes à point de départ calcanéen.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

La masse osseuse est compacte et résistante. Les bords en sont irréguliers mais bien délimités. La face superficielle représente un quadrilatère allongé dans le sens de la hauteur. Sa surface est bosselée mais lisse et les plans superficiels qui reposent sur elle ne lui sont pas adhérents.

Le bord inférieur *adhère au calcanéum* au niveau de l'apophyse postérieure de cet os mais peut en être séparé sur un plan de clivage net.

La face interne est *solidarisée au tendon* par une mince couche de tissu conjonctif dense. Le tendon lui-même est intact et ne présente au sein du tissu qui le constitue, aucune formation osseuse. Mais il est ainsi solidarisé au calcanéum sur toute la hauteur de l'ostéome. Une insertion vicieuse se trouve ainsi réalisée qui est à l'origine des troubles fonctionnels.

Les tissus environnants sont sains, ne présentant pas de trace d'inflammation. On note seulement un peu d'hyperplasie du tissu cellulaire sous-cutané qui recouvre l'ostéome, ou une bourse séreuse anormalement développée.

La masse osseuse, quoique compacte, même chez le sujet jeune, est dans ces cas d'une densité faible. Ses dimensions varient entre 2 et 4 centimètres de hauteur sur une largeur un peu moindre.

Il n'a pas été pratiqué d'examen histologique qui, d'ailleurs, ne paraît pas devoir présenter un grand intérêt. Les irrégularités de la surface osseuse semblent bien traduire les étapes successives de sa formation, chacune d'elle ayant pour point de départ un petit arrachement de périoste.

CHAPITRE V

Traitement

Les notions étiologiques permettent d'établir un *praitement prophylactique* fort simple : éviter de porter des *chaussures traumatisantes*, surveiller la pratique des sports chez les femmes, surtout chez les jeunes, en proscrivant les exercices violents accomplis sans entraînement. Enfin ne pas les chausser de *talons hauts* avant 18 ans. Nous n'osons pas étendre cette interdiction au-delà de cette limite car il faut compter avec la force de la mode.

La lésion étant constituée on *évitera soigneusement le massage* et, de façon générale toute manœuvre susceptible de créer, comme lui, un traumatisme supplémentaire qui ne fera qu'accroître le volume de la production osseuse en renouvelant le processus de sa formation.

La radiothérapie, couramment employée dans le traitement des ostéomes musculaires, arrête le déve-

loppement de l'os et *fixe* celui-ci dans les limites qu'il a déjà acquises. (Djian : *Thèse de Paris*, 1923. — Pellici : *Actinothérapie*, fév. 1928. Elle serait même susceptible de le faire régresser, mais ces résultats sont inconstants et, d'ailleurs controversés. On lui accorde surtout un rôle de fixation utilisé avant l'extirpation pour éviter les récidives.

On a préconisé également, ayant surtout en vue les ostéomes musculaires, *l'immobilisation* en gouttière plâtrée pendant deux ou trois mois.

Ces traitements n'ont pas été tentés dans les cas d'ostéome du tendon d'Achille. On leur a préféré d'emblée *l'extirpation chirurgicale*. C'est en effet le traitement de choix qu'imposent les considérations suivantes :

L'ablation des ostéomes situés au sein même des tissus ne va pas sans délabrements, parfois assez importants pour laisser subsister, par la suite, une certaine impotence due aux lésions des muscles ou des tendons ainsi créées.

Surtout on connaît la tendance aux *récidives* de ces tumeurs après intervention sanglante. C'est presque la règle pour les ostéomes musculaires opérés précocement. Ce sont ces dangers qui commandent la prudence dans l'ablation des ostéomes en général et justifient le traitement par l'immobilisation ou les rayons X.

Mais, nous l'avons vu, les ostéomes du tendon d'Achille sont *superficiels* et, n'étant pas englobés dans les fibres tendineuses, leur extirpation peut être pratiquée sans lésion du tendon. D'autre part nous n'avons

PAS observé de RÉCIDIVE, même dans un cas opéré précocement, à une période où l'os était encore dans une phase active de formation.

Il n'y a donc aucune raison pour tenter l'emploi de méthodes curatives longues ou incertaines.

La technique opératoire est des plus simple.

On pratique, dans la région d'insertion du tendon d'Achille, une incision concave en haut et on procède à l'ablation aussi complète que possible de la production osseuse. Ablation facilitée par la nature compacte de cette formation et sa délimitation nette. Les adhérences peuvent être résistantes, surtout du côté de calcanéum et nécessiter l'emploi de la gouge.

On ne pratique pas d'immobilisation après l'opération. On recommandera à la malade de renoncer au port de chaussures analogues à celles qui ont provoqué l'affection. Cela au moins pendant quelques années, le temps atténuant les risques dans tous les cas et les faisant disparaître dans celui des talons hauts.

CHAPITRE VI

Résultats

Le *résultat* immédiat de l'intervention est *excellent*. Les mouvements sont aussitôt recouvrés dans leur intégrité, avec leur amplitude normale et ne sont pas douloureux. Dès que la cicatrisation de la plaie le permet la malade peut marcher sans fatigue ni douleur.

Cette guérison s'est affirmée avec le temps dans les cas que nous publions. La malade de notre Observation I a été revue un an environ après sa double opération. On peut noter des deux côtés un pied un peu cambré, reste de l'équinisme où il a été maintenu pendant plusieurs mois. Il n'en résulte d'ailleurs aucune gêne fonctionnelle. On palpe les tendons parfaitement libres jusqu'à leur insertion *sans trace de nouvelle formation osseuse*.

La malade de notre Observation II opérée depuis plus de 10 ans n'a plus présenté *aucun trouble* de ce côté.

Ces faits éliminent donc le danger de récurrence spontanée des ostéomes du tendon d'Achille. Mais il est difficile d'affirmer que par la suite, les mêmes causes reproduisant les mêmes effets, on ne pourrait les voir reparaître si la malade n'était soustraite au traumatisme qui les a précédemment provoqués.

Observations

OBSERVATION I

*(Présenté à la Société de Chirurgie par
Monsieur le Professeur PATEL.)*

B., Anne-Marie, 16 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu en juillet 1930. La malade vient pour des troubles de la marche ayant débutés il y a 6 mois environ.

Rien à signaler dans les antécédents.

Il y a six mois la malade a commencé à souffrir au niveau de l'insertion du tendon d'Achille sur le calcanéum. L'apparition de cette douleur a coïncidé avec la période où elle a commencé à porter pour la première fois des talons hauts.

Bientôt apparaissent des deux côtés une grosseur qui n'a cessé d'augmenter depuis lors. En même temps les douleurs provoquées par la marche se sont accentuées au point de l'empêcher de se chausser et de rendre enfin la marche normale impossible.

La malade se déplace avec des béquilles et ne pose à terre que les orteils.

L'examen montre, en effet une déformation très marquée des deux pieds en équinisme. L'astragale et les métatarsiens font une saillie marquée sur la face dorsale. Les orteils sont en extension. Cette déformation est plus nette du côté droit que du côté gauche.

A la face postérieure du calcanéum, et un peu au-dessus on palpe une masse dure faisant saillie en arrière, faisant corps avec l'os et se continuant avec le tendon d'Achille.

Autour de cette masse les tissus paraissent tuméfiés, mais non enflammés. L'ensemble donne l'impression d'une tumeur du volume d'une grosse noix à gauche, un peu davantage à droite. La pression forte à son niveau est un peu douloureuse. *La radiographie* montre bien l'équinisme forcé et ses déformations classiques réalisant le « pied de danseuse ». Par contre, elle ne porte pas trace de l'ostéome. Les contours du calcaléum sont nets, la région d'insertion du tendon paraît libre.

INTERVENTION. — 1° *Pied droit* : Incision concave en haut à la face postérieure du talon dans la région du tendon d'Achille. On enlève, dans les plans superficiels une bourse séreuse très volumineuse. Au dessus de la face supérieure du calcanéum, en avant du tendon d'Achille, il existe une grosse production osseuse qui fait corps avec le tendon. On est obligé de la détacher à la gouge.

2° *Pied gauche* : On trouve de ce côté une production osseuse analogue quoique un peu moins volumineuse. On en pratique de la même façon l'extirpation.

Examen des pièces : L'os enlevé représente une sorte de quadrilatère irrégulier de 4 $\frac{1}{2}$ m de côté environ. L'os est compact cependant peu dense. Il semble bien qu'on se trouve en présence d'une hyperostose par arrachement du périoste par le tendon d'Achille, au niveau de la face supérieure du calcanéum.

OBSERVATION II

(Citée par Monsieur le Professeur BÉRARD,
à la Société de Chirurgie.)

M^{me} X..., âgée de 38 ans, chaussée depuis deux ans de gros brodequins dont l'empeigne très dure la blessait au talon, a vu cette douleur persister malgré les modifications apportées à sa chaussure. Au moment de l'examen, elle souffre depuis 18 mois, elle marche avec peine et toute chaussure lui est presque insupportable.

On constate la présence d'une colonnette indurée, osseuse, de 2 $\frac{1}{2}$ m environ de hauteur, au niveau de la portion inférieure du tendon d'Achille. Cette colonnette est implantée sur l'apophyse postérieure du calcanéum. On a bien l'impression d'un ostéome par irritation ou arrachement périostique. L'autre pied est normal.

« Le diagnostic fut des plus simple grâce à la radiographie. L'ablation facile et la guérison définitive. On pouvait éliminer ici la pathogénie invoquée si souvent, à savoir celle d'une origine infectieuse, notamment d'une infection générale. »

OBSERVATION III

(Recueillie dans le Service

de Monsieur le Docteur ALAMARTINE.)

D... Luc, 78 ans.

Le malade vient à l'hôpital pour un abcès du dos du pied droit. Au cours de l'examen on découvre, de ce côté, une masse dure au niveau du tendon d'Achille. Masse indolore, paraissant osseuse, faisant corps avec le tendon, non adhérente aux plans superficiels.

La radiographie montre nettement cette ossification du tendon sur une hauteur de 3 à 4 centimètres. Le malade déclare n'éprouver aucune gêne du fait de cette anomalie.

L'abcès est incisé et le malade part guéri.

Etant donné l'absence de troubles fonctionnels il n'a pas été question d'intervenir sur le tendon.

Conclusions

L'ostéome du tendon d'Achille est une affection rarement observée jusqu'ici.

I. — Le port de chaussures défectueuses est cause de sa formation, soit par irritation locale, soit par modification de la station debout et de la marche. Cette dernière éventualité est réalisée par *l'usage prématuré de chaussures à talons hauts* chez les jeunes filles.

II. — L'effort musculaire ainsi exagéré provoque des tiraillements du tendon qui déterminent, sur ces os jeunes, fragiles, et en pleine activité de formation, de petits *arrachements périostés*, point de départ de l'ostéome.

III. — L'affection détermine une déformation de la région, l'impossibilité de se chausser et une *gêne fonctionnelle* pouvant s'accroître jusqu'à l'impotence.

IV. — Quand elle est de formation récente, la masse osseuse est *perméable aux rayons X*. L'ensemble des signes permettra néanmoins de poser un diagnostic facile en dépit d'une radiographie négative.

V. — Le *traitement prophylactique* découle des notions étiologiques : proscrire les chaussures traumatisantes, laisser aux jeunes filles des talons plats au moins jusqu'à 18 ans, et, accessoirement, régler chez les femmes, la pratique des sports.

Le *traitement curatif* est l'*ablation chirurgicale*, opération simple et efficace qui supprime tous les troubles et rétablit de façon parfaite les mouvement de la marche.

On n'a observé ni complication *ni récurrence*.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
PATEL

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 1^{er} Juin 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Joseph GHEUSI

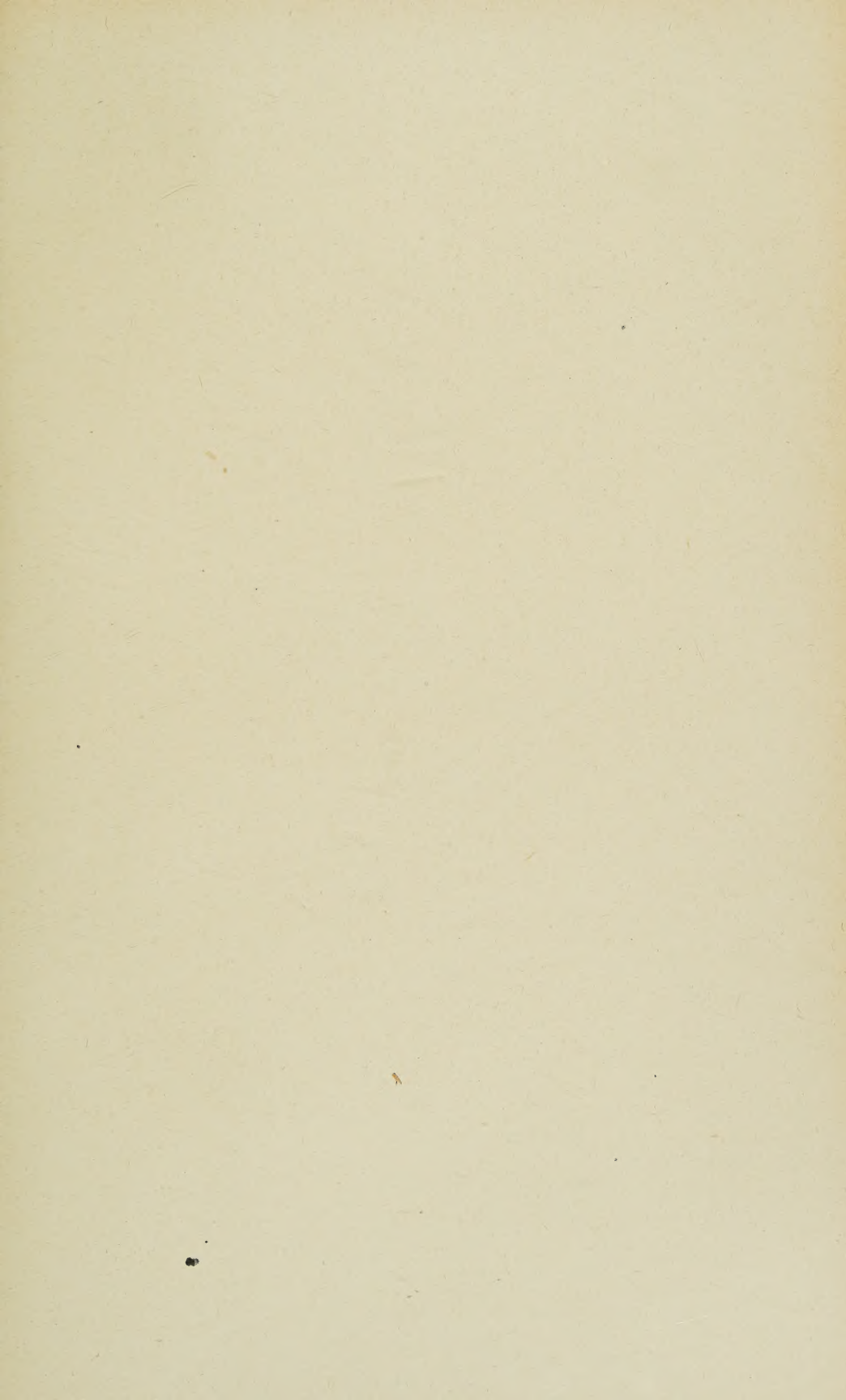
Bibliographie

- ARNAUD ET BRUGEAS. — A propos du traitement des ostéomes musculaires (*Bulletin de Chir. de Marseille*, juin 1929).
- CAVINA PRATESI. — Ossificazione di muscoli e di tendini della coscia in paraplegia da lesione traumatica del midollo spinale (*Bull. de la Soc. Med. Chir. Bresciana*, n° 6, nov. et déc. 1928).
- DIEZ ET ETCHEGORRY. — Osificación traumática del musculo temporal (*La Prensa Med. Argent.* n° 34, 10 mai 1928).
- GAUDART-D'ALLAINES. — Pathogénie et traitement des ostéomes muscul. (*Prat. Med. franç.* 1926, n° 7).
- GROBERT ET PERRET. — Ostéomes musculaires (*Bull. Méd.*, 19-22 juin 1929, p. 221, n° 27).
- KUTTNER ET EICHHOFF. — Die chirurgie der quergestreiften Muskulatur. (*Stuttgart, Enke*, 1929).
- LERICHE ET POLICARD. — La compréhension de la pathologie osseuse (*La Presse Médicale*, 10 oct. 1928).
- MONDOR. — Ostéome traumatique du coude traité par radiothérapie. Résultats fonctionnels excellents (*Bulletin et Mémoire Soc. de Chirurgie de Paris*, 1921, séance du 9 février, page 182).
- PELLUCI. — Contribution à l'étude et à la roentgenthérapie des ostéomes post-traumatiques (*Actinoterapia*, 7° année, n° 1, fév. 1928, p. 19).

- BOYD. — Ossification of tendon of adductor congr. (*Clin. Journ. London*, 1897, X, p. 186).
- CHARLIES. — Traumatic ossification of tendon (*Brit. Med. Journ. London*, 1912, I, p. 949).
- G. DJIAN. — Valeur de la radiothérapie dans le traitement des ostéomes traumatiques (*Thèse de Paris*, 1923, n° 84).
- DUJARIER. — Des ostéomes juxtatibiaux du ligament rotulien (*La Médecine, Paris*, 1922, 1923, IV, p. 28).
- GUARINÉ. — Due rari casi di ossificazione di ligamente diagnosticati medianti l'esame radiologico (*Riforma Med. Napoli*, 1918, XXXIV, p. 208).
- HÖRING. — Tendim. ossifica. traumatica (*Deutsch. Med. Wochenschr., Leipzig, et Berlin*, 1908, XXXIV, p. 175).
- MOUCHET, CHAKIR-BEY. — Ostéome juxta-tibial du ligament rotulien (*Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1924, XCIV, p. 110).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	13
CHAPITRE PREMIER	
Etiologie et Pathogénie.....	15
CHAPITRE II	
Symptômes et Evolution.....	21
CHAPITRE III	
Diagnostic	25
CHAPITRE IV	
Anatomie pathologique.....	27
CHAPITRE V	
Traitement.....	29
CHAPITRE VI	
Résultats.....	33
OBSERVATIONS	35
CONCLUSIONS	39
BIBLIOGRAPHIE.....	41



Imprimerie Intersyndicale
— Lyonnaise —
46, Rue de l'Université
